

**УКРАЇНА**

(19) **UA** (11) **119597** (13) **U**
(51) МПК (2017.01)
A61K 31/00
A61K 31/196 (2006.01)
A61P 31/00

**МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ**

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2017 04419	(72) Винахідник(и): Дужий Ігор Дмитрович (UA), Шимко Володимир В'ячеславович (UA)
(22) Дата подання заявки: 03.05.2017	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.09.2017	(73) Власник(и): СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.09.2017, Бюл.№ 18	

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ІНФІЛЬТРАТУ**(57) Реферат:**

Спосіб лікування апендикулярного інфільтрату включає місцеву дію на зону запалення антибактеріальними препаратами за принципом лімфотропної терапії шляхом створення терапевтичної концентрації антибіотиків у регіональних лімфовузлах. Додатково у схему лікувальних препаратів додають потужний неспецифічний протизапальний розсмоктуючий препарат, а саме - німолід, німесулід або диклофенак натрію.

UA 119597 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні хворих з ускладненням гострого апендициту за типом апендикулярного інфільтрату. Останній є одним з найбільш частих та загрозливих ускладнень гнійного запалення хробакоподібного паростка. В основі існуючих способів лікування цього ускладнення залишається застосування антибіотиків.

Так, М.Ю. Ничитайло та співавтори пропонують спосіб лікування апендикулярного інфільтрату, [Ошибки, опасности и осложнения в неотложной абдоминальной хирургии. - Луганск. 2011. - 240 с.], за яким щільний неабсцедуючий інфільтрат лікується консервативно шляхом введення антибактеріальних препаратів внутрішньом'язово чи внутрішньовенно.

На їх думку це дозволяє добитись зменшення розмірів інфільтрату за рахунок загальної дії антибіотиків.

Недоліками даного способу є таке:

антибіотики відносно повільно всмоктуються у кров і лише після цього проявляється їхня терапевтична дія;

ускладнення (інфільтрат) завжди має місцевий, регіонарний характер, а антибактеріальні препарати циркулюють у кровоносному руслі рівномірно, як при загальній інфекції, діючи на "місце призначення" - апендикулярний інфільтрат - тільки дотично, внаслідок чого до зони запалення "потрапляє" лише дешиця цих препаратів;

незважаючи на застосування антибіотиків останніх поколінь не завжди вдається досягти позитивний ефект, відомі випадки абсцедування;

тривалість та дороговартісність антибактеріальної терапії.

З огляду на перелічене досягти повної санації інфільтрату з незначними залишковими змінами неможливо.

Існують пропозиції й інших авторів, які практично не відрізняються від описаного [В.А. Пронин, В.О. Бойко Патология червеобразного отростка и апендэктомия. -Х.: "СІМ", 2012. - 304 с.].

Головним недоліком описаних способів є те, що вони окрім недостатньої санації зони запалення, зовсім не впливають на регіонарний лімфатичний апарат, який є головним бар'єром на шляху поширення будь-якої інфекції, а при запаленні лімфовузлів вони залишаються джерелом інфекції, яке може тривалий час підтримувати запалення.

Найбільш близьким до запропонованої моделі є спосіб лімфотропного введення антибіотиків при гострому апендициті [І.Д. Дужий, І.В. Пономаренко "Спосіб профілактики гнійних ускладнень при лікуванні хворих на гострий апендицит", Патент UA № 44648, МПК А61В 17/00, А61К 31/00, А61Р 31/00, опубліковано 12.10.2009, бюл. № 19], який ми вибрали за прототип. Автори рекомендують введення антибіотиків у здухвинну зону, яка є регіонарною відносно до ілеоцекальної ділянки, де завжди локалізуються апендикулярні інфільтрати. Введення антибіотиків приводять у заочередний простір після стимуляції лімфоутворення (лідаза), зняття ангіоспазму (НО-ШПА) та попередження фібриноутворення і знеболення.

За нашим досвідом цей спосіб є найбільш ефективним для попередження ускладнень гострого апендициту та для лікування апендикулярного інфільтрату.

Головним його недоліком є потреба у введенні препаратів двічі на добу, а це "забирає" у лікаря щонайменше 35-40 хвилин. Окрім цього, маніпуляція (кожен сеанс) лімфотропного введення препаратів завжди є психологічним навантаженням як на хворого, так і на лікаря.

В основу запропонованої нами корисної моделі поставлена задача удосконалення способу лікування апендикулярного інфільтрату за принципами лімфотропної терапії шляхом створення терапевтичної концентрації антибіотиків у регіонарних лімфовузлах, шляхом використання лікувальних препаратів розсмоктуючої дії, що сприятиме прискореному сануванню інфільтрату.

Окрім цього, зменшена кількість введення антибактеріальних препаратів протягом доби.

Перелічене дозволить зменшити економічні витрати на лікування хворих, скоротить термін лікування хворих на апендикулярний інфільтрат у стаціонарі, зменшить кількість гнійних ускладнень та покращить віддалені результати.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування апендикулярного інфільтрату, який включає місцеву дію на зону запалення антибактеріальними препаратами за принципом лімфотропної терапії шляхом створення терапевтичної концентрації антибіотиків у регіонарних лімфовузлах, згідно із корисною моделлю, додатково у схему лікувальних препаратів додають потужний неспецифічний розсмоктуючий засіб, а саме - німулід, німесулід, або диклофенак натрію.

Використання усіх суттєвих ознак способу, включаючи відмінні, створює максимальну концентрацію лікувальних препаратів у внутрішніх та зовнішніх клубових лімфовузлах, що

сприятиме оточуванню зони запалення антибактеріальними та протизапальними препаратами і, як результат, прискоренню сануванню та розсмоктуванню інфільтрату.

Спосіб виконують наступним чином. На 2-3 см нижче і на стільки ж сантиметрів медіальніше передньо-верхнього гребеня клубової кістки під кутом 45° пунктують шкіру, підшкірну клітковину та очереєвину, "упираючись" ("ковзаючи") по внутрішній стінці клубової кістки. Дещо змінивши нахил голки по внутрішній поверхні цієї кістки проходимо углибину миски на 2-3 см. Після цього вводимо такі фармакологічні засоби: лімфостимулятор - 64 од. лідази, спазмолітик - 2 мл НО-ШПА, антиагрегант - 5000 ОД гепарину, анестетик - 2мл 2 % лідокаїну, антибактеріальний препарат - ампісульбін, або цефтріаксон 1,0. Останнім вводимо 2 мл німулід, німесулід чи диклофенаку. Після цього рекомендуємо хворому походити 15 хв., що покращує реологічні властивості лімфи. Усі сеанси лімфотропної терапії проводимо кожні 12 год., а потім - 1 раз на добу протягом 5 днів. Перелічене створює максимальну концентрацію патогенетичних та антибактеріальних препаратів у внутрішніх та зовнішніх клубових лімфовузлах, що є регіонарними до ілеоцекальної зони. Це веде до закидання антибактеріальних препаратів у хробакоподібний відросток та у оточуючу його зону запалення, що сприяє швидкому розсмоктуванню інфільтрату. Даний спосіб застосований нами при лікуванні 15 хворих на апендикулярний інфільтрат.

Наводимо клінічний приклад.

Хворий А. 63 років госпіталізований до хірургічного відділення зі скаргами на загальну слабкість, швидку втому, відсутність апетиту, сухість ротової порожнини, підвищену температуру тіла. У правій здухвинній ділянці прощупувалося нерухливе болісне ущільнення розмірами до 15-17 см у діаметрі. При лабораторному дослідженні крові мав місце лейкоцитоз - $15 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ 36 мм/г, збільшений індекс ядерного зсуву - 0,8.

Застосована регіонарна лімфотропна антибіотикотерапія, позитивна динаміка у відношенні лабораторних показників відмічена вже на 3 добу: лейкоцитоз зменшився до $11 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ до 17 мм/г, ІЯЗ - до 0,65 ($p < 0,05$).

Вже на другу добу почалося зниження температури тіла, розміри ущільнення почалися зменшуватися з другої доби лікування, а на четверту добу досягли до 6-7 см, на 7 добу інфільтрат практично не прощупувався. У задовільному стані хворий виписаний у цей же день (на 7 добу) під спостереження амбулаторного хірурга. Оперований через 2 місяці у плановому порядку. Під час операції залишкових явищ у вигляді злукового процесу не виявлено. Поміж інших 3 хворих від оперативного втручання відмовилися взагалі, оскільки захворювання "не відчували".

Викладене дає право рекомендувати запропоновану методику лімфотропної антибактеріальної терапії до широкого застосування при лікуванні апендикулярного інфільтрату.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування апендикулярного інфільтрату, що включає місцеву дію на зону запалення антибактеріальними препаратами за принципом лімфотропної терапії шляхом створення терапевтичної концентрації антибіотиків у регіональних лімфовузлах, який **відрізняється** тим, що додатково у схему лікувальних препаратів додають потужний неспецифічний протизапальний розсмоктуючий препарат, а саме - німулід, німесулід або диклофенак натрію.

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601